

Nascimento, Alexandra Bulgarelli do; Egry, Emiko Yoshikawa
Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento
das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 4, 2017, Outubro-Dezembro, pp. 861-871
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017170046

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264572002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros

Municipal health plans and the potentialities of recognition of health needs: a study on four Brazilian municipalities

Alexandra Bulgarelli do Nascimento

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: nascimento_ab@yahoo.com.br

Emiko Yoshikawa Egry

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: emiyegry@usp.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar potencialidades e limites do Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão ao reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades dos grupos sociais. Estudo documental qualitativo realizado por meio da organização de dados no software WebQDA® e da análise de conteúdo de Bardin dos planos municipais de saúde de Araraquara, Santos, Valinhos e Vinhedo, localidades que atenderam aos critérios de elegibilidade: municípios de médio porte do estado de São Paulo; não pertencentes à região metropolitana; com 50 mil habitantes ou mais; apresentaram os melhores Índices de Desenvolvimento Humano e os piores coeficientes de Gini; e publicizaram os planos municipais de saúde. Os resultados demonstraram predomínio da concepção de saúde centrada na multicausalidade; epidemiologicamente, os cenários foram descritos a partir dos fatores de risco, com destaque para os indicadores de morbimortalidade; não houve articulação dos perfis de saúde-doença aos de reprodução social. Nos diagnósticos e nos planejamentos em saúde foi desconsiderada a teoria interpretativa da determinação social do processo saúde-doença. Dessa forma, todos os cenários apresentaram dificuldade de identificação de grupos sociais, vulnerabilidades e necessidades diferenciados, impossibilitando gestão em saúde em prol da equidade e da integralidade na atenção.

Palavras-chave: Políticas Públicas em Saúde; Saúde Coletiva; Planejamento em Saúde; Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde; Avaliação em Saúde.

Correspondência

Alexandra Bulgarelli do Nascimento

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. CEP 05403-000.

Abstract

This study was designed to identify the potential and the limits of the Municipal Health Plan as a management tool for recognition of health needs and vulnerabilities of social groups. A qualitative, documentary study, performed through the organization of data in WebQDA® software and Bardin's content analysis, of Municipal Health Plans (PMS) of the municipalities of Araraquara, Santos, Valinhos and Vinhedo, which met eligibility criteria: medium-sized municipalities in the state of São Paulo; not belonging to the Metropolitan Region; with 50 thousand inhabitants or more; presenting the best Human Development Index and the worst Gini coefficients; and having publicized Municipal Health Plans. The results showed a predominance of a health conception centered on multi-causality; epidemiologically, the scenarios were described from their risk factors, with emphasis on morbidity/mortality indicators; there was no articulation of health-disease profiles to those of social reproduction. In health diagnoses and planning, there was disregard of the interpretative theory of the social determination of the health-disease process. Thus, all the scenarios presented difficulties in identifying social groups, vulnerabilities and differentiated needs, making health management impossible for equity and integrality in care.

Keywords: Public Health Policies; Collective Health; Health Planning; Assessment of Health Care Needs; Health Assessment.

Introdução

As necessidades em saúde envolvem aspectos da dimensão biológica do ser humano, mas também outras dimensões, como a psicológica, epidemiológica, geográfica, social etc., o que denota a complexidade de sua compreensão e satisfação (Oliveira, 2012). Assim, a adoção de metodologias que abarquem a concepção ampliada sobre o processo de saúde, envolvendo a identificação das necessidades por meio do entendimento das condições de vida das pessoas, o acesso e consumo de tecnologias em saúde, o acompanhamento contínuo e o estímulo à autonomia dos sujeitos destacam-se pela potencialidade de contribuir para a equidade e integralidade do cuidado (Oliveira et al., 2016).

Entretanto, a identificação e satisfação das necessidades em saúde têm se mostrado um desafio para os gestores da área, especialmente quando da pertinência de compreender as demandas de grupos sociais vulneráveis, cujos determinantes de fortalecimento e desgaste - relacionados às formas de produção e reprodução social da realidade, que se traduzem em situações salutogênicas ou não de se viver - exigem profissionais, modelos e instrumentos alinhados à determinação social do processo saúde-doença (Meyer et al., 2013).

Diante dessa demanda pelo desenvolvimento de meios para a captação das necessidades em saúde da população, em âmbito municipal, os gestores têm à disposição o Plano Municipal de Saúde (PMS), que se propõe a esse fim, ou seja, à identificação das necessidades em saúde das pessoas de um território sanitário adstrito (Brasil, 2009, 2013a, 2016).

Nesse sentido, o PMS subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde pelo período de quatro anos, conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendido como política que fundamenta, por meio do Pacto da Saúde, a elaboração desse instrumento, que deve estar alinhado ao Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária Anual (Brasil, 2009, 2013b, 2016), o que incrementa a finalidade de garantia de repasse dos recursos financeiros para a prestação de serviços à população.

Essa ideia foi discutida por Saliba et al. (2013), ao apresentarem a ausência de alguns itens importantes e estabelecidos em lei - por exemplo, o perfil demográfico e epidemiológico do município - em alguns PMS analisados, o que coloca em discussão a fragilidade desse instrumento para captação das necessidades em saúde, em contraponto à sua utilização meramente para repasse de recursos financeiros de forma assimétrica às demandas da população.

No entanto, na França, os agentes municipais realizam a gestão local em saúde por meio de uma plataforma eletrônica que sintetiza o mapeamento das necessidades da população, a implantação e o monitoramento das ações em saúde (Metzger et al., 2012), enfatizando a relevância da sistematização de práticas de gestão direcionadas à identificação das necessidades de grupos populacionais.

No Brasil, os gestores municipais têm à disposição o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS) para elaborarem e disponibilizarem publicamente o PMS, bem como outros instrumentos de gestão municipal (Brasil, 2016). Entretanto, para além da importância de sistemas de informação e métodos claros na gestão municipal de saúde, faz-se pertinente atentar para a concepção do processo saúde-doença adotado por eles, visto que ela pode influenciar a satisfação das necessidades em saúde da população.

Um exemplo dessa evidência foi apresentado por um estudo cujo objetivo consistiu em analisar o reconhecimento das necessidades de grupos sociais vulneráveis, identificados como pessoas trabalhadoras, mulheres, com sofrimento psíquico e provenientes de áreas de pobreza. Nesse estudo, é possível verificar que o município conseguiu mapear e incluir os grupos citados na atenção à saúde, porém houve fragilidade na articulação dos mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, o que comprometeu a efetividade da assistência prestada e, consequentemente, a qualidade percebida pela população, em especial, pelos grupos socialmente com menor autonomia e expostos às vulnerabilidades (Albuquerque et al., 2011).

Esse resultado denota o avanço com a implementação do PMS como ferramenta estratégica de gestão municipal de saúde, bem como todo seu

arcabouço metodológico e de sistema de informação (Brasil, 2016).

Entretanto, como discutido anteriormente, ainda possui a conotação de um instrumento garantidor do repasse dos recursos financeiros ao município, em detrimento da finalidade direcionada a minimizar as iniquidades, por meio da identificação das necessidades em saúde da população, bem como da sistematização de ações, objetivos e metas (Bueno et al., 2013).

Diante disso, faz-se pertinente analisar as implicações de adotar a concepção do processo saúde-doença desse instrumento de gestão para satisfazer as necessidades em saúde da população, uma vez que, a depender do referencial teórico de compreensão de saúde, a satisfação das necessidades pode ocorrer de forma total, parcial ou, ainda, não ocorrer.

Portanto, este estudo tem por objetivo identificar potencialidades e limites do PMS como instrumento de gestão para reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades de grupos sociais.

Método

Este estudo é do tipo documental e com abordagem qualitativa. Utilizou-se a análise de conteúdo conforme preconizado pela metodologia de Bardin, que por meio da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno (Bardin, 2011).

Os documentos analisados foram os PMS dos períodos 2010-2013 e 2014-2017 dos municípios de Araraquara, Santos, Valinhos e Vinhedo, os quais atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade para a amostragem: são municípios do estado de São Paulo e não pertencentes à região metropolitana do estado; têm 50 mil habitantes ou mais; possuem os melhores Índices de Desenvolvimento Humano e os piores coeficientes de Gini; e disponibilizam no SargSUS os PMS.

Ao tomar como base de dados os PMS, que se caracterizam como documentos de natureza secundária e sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo (Brasil, 2013a).

A organização e sistematização dos dados extraídos dos PMS ocorreu por meio software WebQDA®, no qual foram categorizados trechos dos PMS que se atinham a identificar a concepção do processo saúde-doença utilizados nesses instrumentos, bem como às ideias para a identificação das necessidades em saúde da população em geral e de grupos sociais vulneráveis. Para tanto, foram utilizadas duas categorias de análise: “concepção do processo saúde-doença” e “identificação das necessidades em saúde”, esta última organizada a partir de três subcategorias: “aspectos sanitários relacionados a moradia e saneamento básico”, “perfil de morbimortalidade” e “utilização da rede de atenção à saúde”.

A fim de garantir o anonimato aos municípios na apresentação dos dados, eles foram identificados por meio das letras: A, B, C e D, seguidos do período de vigência do PMS.

Resultados

A partir da organização dos dados na categoria de análise “concepção do processo saúde-doença”, conforme demonstrado nos trechos abaixo, foi evidenciada a multicausalidade como concepção de saúde presente na totalidade dos PMS.

A (2010-2013): nos casos confirmados de Rubéola há tendência flutuante no período, indicando aqui a necessidade, com já avaliado, **de se intensificar essa vacinação no município.**

B (2014-2017): As famílias convivem ainda com a umidade, a insalubridade e os riscos à saúde.

C (2010-2013): Em 2007, houve 18 óbitos de crianças menores de 1 ano, e destas, 14 crianças morreram por prematuridade extrema. O peso destas crianças ao nascer variou de 550g a 1.605g. Sabemos que a redução de mortes ao nascer está diretamente relacionada com o peso.

D (2014-2017): A gestação na adolescência tem sido um desafio para as equipes de saúde e sua prevenção uma prioridade. A gestação na adolescência tem se mantido em torno dos 10% no período de 2009 a 2013. (grifos nossos)

As ações de reconhecimento das necessidades em saúde estiveram centradas na doença e em seus respectivos riscos, distanciando-se da compreensão de saúde socialmente determinada, logo, da proposição de intervenções intersetoriais com potencialidade para responder a essas necessidades a partir do mapeamento de grupos sociais vulneráveis.

Para isso, faz-se necessário agregar, por exemplo, ao município A a compreensão de quem são as pessoas que estão adoecendo por rubéola, quais as formas de produção e reprodução social delas, e investigar se apenas a imunização será suficiente para conter a transmissão da doença. Ideia similar deve ser implantada no município C, onde, segundo o PMS, a mortalidade infantil decorrente da prematuridade extrema tem como principal solução o manejo do peso, ou seja, para além de entender que a sobrevida de prematuros está diretamente relacionada ao ganho de peso, é essencial compreender em que famílias essas crianças estão nascendo e em que condições sociais estão sendo cuidadas.

Quanto ao município B, onde há famílias residindo em lugares insalubres, com grande umidade, para efetivamente transformar a realidade dessas famílias, são fundamentais ações intersetoriais que analisem em que condições elas estão morando e por que moram nessas condições, a fim de verificar se é devido à falta de perspectiva de aumento de renda para conseguir uma residência com melhor infraestrutura, renda essa que pode ser alcançada por meio de qualificação profissional, escolarização, entre outras ações, as quais conjuntamente às ações de saúde, têm condições de contribuir para a melhoria da situação de saúde das pessoas.

Já o município D, quando apresenta a ideia da prevenção de gravidez na adolescência como desafio e prioridade, não faz menção às características das mulheres que estão engravidando nessa faixa etária. Nesse sentido, o PMS enuncia um grupo social de maior vulnerabilidade, porém não descreve as características desse grupo, a fim de que as ações intersetoriais sejam direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Assim, as formas de identificação das necessidades em saúde, a partir da multicausalidade, foram organizadas em categorias analíticas (Quadro 1).

Quadro I – Categorias analíticas dos meios de identificação das necessidades em saúde, segundo os PMS, São Paulo, 2017

Categorias analíticas dos meios de identificação das necessidades em saúde	Municípios	A	B	C	D
Aspectos sanitários relacionados a moradia e saneamento básico	—	X	X	X	
Perfil de morbimortalidade	X	X	X	X	
Quantificação da utilização da rede de atenção à saúde	X	X	X	X	

Acerca dos “aspectos sanitários relacionados a moradia e saneamento básico” os trechos, a seguir, demonstram que os municípios B, C e D utilizam a descrição desses aspectos para identificar as necessidades em saúde e sugerir o mapeamento de grupos sociais vulneráveis.

B (2014-2017): Os assentamentos precários concentram-se em áreas bem demarcadas no município, notadamente nos morros, na região central e na Zona Noroeste da cidade, com ocorrências isoladas em outras áreas. Nas áreas periféricas e inundáveis da cidade foi a alternativa de habitação para a população pobre e excluída, tendo o seu agravamento nas décadas que se seguiram. Outra forma de ocupação precária do solo são as palafitas com suas construções em madeira suspensas nas áreas alagadiças. São ocupações encontradas em assentamentos [...]. Neste tipo de ocupação a infraestrutura é quase inexistente e os acessos se dão através de vielas construídas com tábuas de madeira. Os moradores estão sujeitos às intempéries e oscilações das marés, onde muitas vezes são surpreendidos pelas inundações e corrosões das fundações acelerando o processo de degradação ambiental local. [...] Um dos problemas mais graves decorrente deste tipo de ocupação é a ausência de rede coletora de esgoto, que faz com que o mesmo seja lançado in natura ao rio, constituindo-se um grave fator de poluição.

C (2010-2013): estação de tratamento de esgotos iniciou sua operação no mês de março/2005, e terá tratamento gradativo até ser atingida a percentagem de 100% dos esgotos coletados, ainda no corrente exercício.

D (2014-2017): No que se refere ao abastecimento de água, o município tem quase 100%, tendo avançado de 2000 a 2010, sem, no entanto, conseguir ultrapassar o nível de abastecimento [...]. A coleta de lixo também ocorre em quase 100% do município, seguindo o estado e Região Metropolitana [...], acrescentando a coleta seletiva (de recicláveis) que ocorre em todos os bairros da cidade. [...] O esgotamento sanitário em D atingiu 82,96% em 2010, abaixo do estado de São Paulo, que era de 89,75% e da Região Metropolitana [...] que chegou a 86,99%. Cabe esclarecer que todo o esgoto coletado é tratado em usinas de tratamento no município. (grifos nossos)

Entre os três municípios supracitados, apenas o B traz indícios no seu PMS, do período de 2014 a 2017, sobre a presença de grupos sociais vulneráveis em seu território, ao reconhecer a existência de uma parcela da população empobrecida e excluída socialmente, para a qual se fazem necessárias ações direcionadas, a fim de romper com padrões de produção e reprodução social e, consequentemente, potencializar o enfrentamento de vulnerabilidades.

Já os PMS dos municípios C e D utilizaram-se da descrição dos aspectos sanitários, enfatizando as melhorias ocorridas no município como tradução da melhor situação de saúde de sua população. Entretanto, tal prática gerencial denota a limitação desses PMS, na medida em que eles não se aproximam dos grupos sociais de maior vulnerabilidade, tampouco relacionam os aspectos sanitários com a condição de saúde da população e seus grupos com menor autonomia para o cuidado.

Outra forma de identificação das necessidades em saúde da população baseou-se no perfil de

morbimortalidade dos municípios, conforme demonstrado nos trechos:

A (2010-2013): A série histórica dos **Coeficientes de Mortalidade materna** no município de A apresenta ainda índices elevados [...] em 2006 foram confirmados um caso de **Febre Hemorrágica da Dengue** e um caso de **Dengue com Complicação**. [...] há predomínio de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias, digestivas, além das causas externas. Apesar da redução dos óbitos provocados por doenças infeciosas e parasitárias, devem ser ressaltadas as doenças pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) [...] A taxa de mortalidade por AIDS vem decrescendo no município [...] as **Doenças do Aparelho Circulatório somadas às Neoplasias**, respondem por 48% do total das mortes. [...] A **mortalidade por doenças alcoólicas** do fígado no município vem apresentando tendência de crescimento e prevalência no sexo masculino e também tendência crescente no sexo feminino aos usuários do álcool. [...] a série histórica dos **Coeficientes de mortalidade por câncer de mama** [...] demonstra tendência de crescimento da doença [...] a **mortalidade por câncer do colo do útero** mostrou [...] uma tendência de queda. [...] A **mortalidade por quedas** na população de 60 anos e mais [...] apresenta altos índices e flutuação no indicador.

B (2014-2017): A maior causa de internação ainda é por gravidez, parto e puerpério (17,89%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (12,05%), doenças do aparelho respiratório (10,30%) e, subindo ao quarto lugar neste ano, pelas Lesões, envenenamentos e algumas outras por causas externas (10,23%). As internações que sofreram aumento em 2012 [...] foram as causadas por neoplasias seguidas pelas causadas por contatos com serviços de saúde e as **Doenças Endócrinas nutricionais e metabólicas**.

C (2010-2013): O coeficiente de mortalidade neonatal foi de 12,73 óbitos/1000 nascidos vivos. Sua fração tardia foi de 1,59. As outras crianças que foram a óbito nasceram a termo e com peso compatível, mas com **anomalias congênitas**. Uma criança teve

óbito por causa não especificada, e duas por **Insuficiência Respiratória Aguda e Broncoaspiração**. [...] Numa tendência crescente os óbitos por doenças cardiovasculares apresentam a primeira posição quanto ao número de óbitos, seguida por doenças do aparelho respiratório, causas mal definidas e doenças do aparelho digestivo.

D (2010-2013): As principais causas de óbitos continuam sendo as **doenças do aparelho circulatório** [...] que [...] representaram 35% dos óbitos ocorridos [...]. A segunda causa foi representada pelas **Neoplasias** (capítulo II da CID) com 19%, e a terceira causa pelas **Doenças do Aparelho Respiratório** [...] correspondendo a 16% dos óbitos [...]. As **Causas Externas** [...] representaram 6% dos óbitos. (grifos nossos)

Acerca do “perfil de morbimortalidade”, todos os municípios se apoiaram fortemente nesses indicadores para identificação das necessidades em saúde. Não houve clara demonstração de identificação nos PMS dos grupos sociais homogêneos, segundo suas características de classe, gênero, geração e etnia, com vistas a permitir detectar eventuais vulnerabilidades nesses grupos.

Esses achados reforçam a relevância de estudos aprofundados sobre as necessidades em saúde à luz das formas de produção e reprodução social, as quais podem impactar o padrão de adoecimento e morte de grupos específicos.

Além dessas duas formas de identificação das necessidades em saúde no território, a “utilização da rede de atenção à saúde” também se destacou entre os PMS analisados.

A (2010-2013): A série histórica das **taxas de internações por doenças diarreicas agudas** em menores de 5 anos para o município de A no período 2005-2008 revela baixos índices de internação por esse agravo [...]. A **taxa de internações por Acidentes Vasculares Cerebrais** no município de A é uma das menores de toda a regional [...] O indicador de **internações por Complicações do Diabetes Mellitus** objetiva avaliar a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas [...] O indicador de **sete ou mais consultas pré-natais realizadas** [...] apesar de apontar índices

melhores do que a meta estabelecida para o estado São Paulo em todos os anos analisados, apresenta tendência de queda [...] o município de A tem tido êxito nas ações de campanha de vacinação com uma cobertura vacinal satisfatória.

B (2014-2017): o número total de internações [...] teve uma redução [...] passando de 18.646 para 18.074 [...] percentual de cobertura vacinal tetravalente (90,86%). [...] a cobertura de primeira consulta odontológica programática em B foi de 3,4% [...] Em relação ao indicador pactuado para as doenças crônicas, o percentual de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos [...] foi de 12,1%. [...] Ao analisar o perfil das internações por condições sensíveis à atenção básica, B apresenta um percentual de 19,69%.

C (2010-2013): Na Campanha da Pólio são vacinadas as crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias [...] Em 2007, foram realizados 57.975 procedimentos coletivos (aplicação de flúor, palestras, higiene bucal supervisionada e levantamento epidemiológico) e em 2008, foram 61.362 procedimentos, revelando um aumento de 5,51%. [...] Campanha de Prevenção ao Câncer Bucal realizada durante a Campanha de Vacinação do Idoso avaliou a saúde bucal dos idosos acima de 60 anos, além de promover orientações sobre lesões bucais, próteses dentárias e higiene bucal.

C (2014-2017): Portadores de lesões vasculares atendidos na sala de curativos no ano de 2012/2013. Pronto atendimento Municipal [...] realiza aproximadamente 13.000 atendimentos mês.

D (2014-2017): tivemos aumento significativo no acesso ao atendimento médico em todos os níveis de atenção. [...] Em 2013 ocorre manutenção e leve queda no atendimento básico e especializado, bem como um aumento significativo no atendimento de urgência e emergência. (grifos nossos)

A “utilização da rede de atenção à saúde” foi evidenciada na totalidade dos PMS, os quais descreveram a quantidade de utilização dos serviços ofertados pela rede de atenção à saúde. No entanto, em nenhum dos PMS analisados segundo

essa categoria houve problematização dos grupos sociais específicos que possam necessitar de maior ou menor utilização de determinados serviços, tampouco de serviços diferenciados dos oferecidos à população, bem como da dificuldade de acesso a esses serviços.

Isso denota a contradição entre o que é divulgado como ofertado à população por meio dos PMS e a efetividade da oferta desses serviços perante as necessidades em saúde de grupos com maior vulnerabilidade social.

As evidências ilustraram a tentativa dos PMS na captação das necessidades em saúde da população. Entretanto, a concepção de saúde multicausal não tem potencialidade para atender às necessidades em saúde da população, uma vez que a descrição dos aspectos sanitários do território, do perfil de morbimortalidade e de utilização dos serviços da rede de atenção à saúde pouco se aproximam da complexidade dos problemas de saúde da população, os quais demandam uma compreensão dos modos de produção e reprodução social, que determinam as formas de adoecer e de morrer.

Discussão

Em detrimento dos avanços brasileiros para reduzir a iniquidade, ela ainda é latente e demanda políticas públicas direcionadas ao reconhecimento e à satisfação das necessidades em saúde da população (Landmann-Szwarcwald; Macinko, 2016), o que reforça a importância da identificação e interpretação das demandas em saúde para a prática gerencial pautada na equidade (Pereira; Tomasi, 2016).

Diante dessa importância, um estudo australiano pesquisou a efetividade e a percepção dos profissionais envolvidos no cuidado sobre um sistema de informação implantado para o monitoramento de doenças crônico-degenerativas na população local. Esse estudo se justificou pela pertinência do estabelecimento de prioridades gerenciais em saúde no nível primário de atenção e demonstrou que para um monitoramento efetivo, utilizando um sistema de informação, faz-se necessária a atuação interprofissional e a compreensão das necessidades em saúde para além dos aspectos biológicos dos

pacientes, ou seja, deve envolver outros, de natureza psicosocial (Ghosh; McCarthy; Halcomb, 2016).

Entretanto, o estudo de Ghosh, McCarthy e Halcomb (2016), apesar de avançar ao propor um sistema de monitoramento das ações em saúde considerando as múltiplas dimensões do ser humano, adota um posicionamento funcionalista para captação, proposição e acompanhamento das ações em saúde, o que pode impactar a identificação e a interpretação das necessidades em saúde da população.

Essa ideia corrobora os achados deste estudo, no qual se constatou que a teoria interpretativa da multicausalidade do processo saúde-doença, de natureza funcionalista, foi adotada em todos os PMS analisados, em detrimento do que estabelece o Manual de Planejamento no SUS, publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

Esse documento subsidia a formação técnico-política dos gestores de planejamento em saúde e preconiza meios para captação e interpretação das necessidades em saúde, utilizando-se da compreensão social do processo saúde-doença (Brasil, 2016).

O comportamento gerencial de se opor ao preconizado pelo Manual de Planejamento no SUS (Brasil, 2016) denota a utilização do PMS como instrumento de acesso aos recursos financeiros, sem o compromisso de compreender a realidade do processo de saúde da população.

Assim, ao adotar a teoria interpretativa da multicausalidade, deflagra-se o afastamento do gestor municipal de saúde da complexidade das demandas da população, demonstrando uma contradição clássica entre aspectos teóricos e práticos. Ou seja, apesar de haver orientação quanto ao referencial metodológico no que tange à teoria interpretativa do processo saúde-doença (Brasil, 2016), há a persistência da reprodução nas práticas gerenciais de uma teoria com grandes limitações para compreender e explicar o processo saúde-doença. Tal teoria desconsidera os modos de adoecimento e morte socialmente determinados, caracterizados pelas formas de produção e reprodução social que muitas vezes podem ser limitantes e, consequentemente, impactar as formas de sobrevivência de grupos sociais de maior vulnerabilidade.

Apesar disso, quando os PMS descrevem as condições de saneamento básico e moradia deve-se reconhecer o avanço dessa prática no histórico recente de construção de métodos de gestão pública em saúde no Brasil, o qual remete ao Pacto de Gestão em Saúde, proposto em 2006, com o objetivo de implantar e viabilizar ações sistematizadas para a operacionalização do SUS (Brasil, 2006), materializado como produto da Reforma Sanitária e, assim, compreendido como a maior política de proteção social vigente em âmbito mundial na atualidade.

Todavia, ao não articular os achados dos PMS com as formas de produção e reprodução social, partindo-se dos determinantes sociais e não da determinação social do processo saúde-doença, como discute Spiegel, Breilh e Yassi (2015), visualiza-se o reducionismo da compreensão dos modos de adoecimento e morte de grupos sociais vulneráveis, o que denota fragilidade dessa prática de gestão, haja vista a reduzida efetividade das ações em saúde a serem implantadas, uma vez que essas ações não estão alinhadas à captação das necessidades em saúde da população.

A superação dessa prática gerencial exige a análise da realidade a partir da teoria da determinação social do processo saúde doença e da epidemiologia crítica, cujos referenciais percebem a realidade se aproximando dos aspectos de fortalecimento e desgaste socialmente determinados, representados pelas formas de produção e reprodução da realidade, que impactam as formas de adoecimento e morte de indivíduos, grupos sociais e coletividades (Breilh, 2013, 2015; Egry; Fonseca; Campos, 2013), uma vez que possuem maior potencialidade para identificar as necessidades em saúde de forma ampliada.

Para concretizar essa ideia, os instrumentos de gestão em saúde municipal devem ser potencializados a partir de concepções dialéticas do processo saúde-doença. Da mesma maneira, os profissionais envolvidos na gestão e no cuidado à população devem estar alinhados a esses referenciais metodológicos, visto que, como apontado por Spiegel, Breilh e Yassi (2015), ao compreender a saúde a partir do seu processo de determinação social, possibilidades de atuação baseadas na emancipação dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no cuidado

mostram-se mais assertivas e, consequentemente, o atendimento e a satisfação das necessidades em saúde desses indivíduos e grupos sociais têm maior chance de ocorrer.

Por outro lado, a compreensão superficial e desarticulada das necessidades em saúde ilustra a alienação social ao supor que tal postura descontextualizada socialmente possa ter potencialidade para aclarar aspectos particulares da realidade (Arreaza, 2012), por exemplo, ao propor a compreensão das necessidades em saúde da população utilizando, única e isoladamente, o perfil de morbimortalidade ou a rede de atenção à saúde, centrados na doença e não nas formas de produção e reprodução social.

Assim, a captação dos padrões de saúde-doença na perspectiva da determinação social, ou seja, conforme preconizado pela saúde coletiva, como área de conhecimento, contribui de forma significativa para a percepção de bem-estar, o que dialoga diretamente com a compreensão do indivíduo emancipado, ou seja, do ser livre, solidário, autorrealizado e socialmente participante (Arreaza, 2012), o que contribui qualitativamente para a efetividade da gestão municipal em saúde (Brasil, 2016).

Portanto, diante da organização do sistema de saúde, centrado no manejo de complicações provenientes das doenças e não nos aspectos salutogênicos de viver, os serviços passam a reproduzir ações funcionalistas, com o aumento da oferta de serviços de saúde de forma descolada da realidade, ou seja, sem conseguir se aproximar da densidade e complexidade das demandas de saúde, representadas pelas formas de produção e reprodução social, que se traduzem nas formas de viver a realidade num contexto socialmente determinado.

Nesse sentido, reforçando a importância de práticas de gestão voltadas para a investigação aprofundada de grupos sociais vulneráveis, com vistas a caracterizá-los e propor ações efetivas para a potencialização do processo de saúde das pessoas, como discutido por Macinko et al. (2016), faz-se urgente melhorar o desempenho dos serviços de saúde oferecidos à população, em especial daqueles direcionados aos cuidados primários, uma vez que esses têm por natureza coordenar a atenção à saúde

e responder à maioria dos problemas da população nesse âmbito – como estabelecido nos princípios do SUS. Isso, por sua vez, só será possível a partir da adoção de teorias interpretativas do processo saúde-doença que abarquem a complexidade e densidade da concepção de saúde, a qual envolve a determinação social.

Portanto, denota-se a necessidade de estudos futuros para propor e investir em modelos efetivos de identificação das necessidades em saúde da população, alicerçados na teoria da determinação social do processo saúde-doença, considerando a identificação das necessidades em saúde dos grupos vulneráveis e suas formas de produção e reprodução social, que se desdobram em perfis específicos de adoecimento e morte, os quais, atualmente, por meio dos PMS, não são contemplados, impactando diretamente a percepção da efetividade dos serviços de saúde ofertados à população.

Conclusões

Os PMS adotaram a concepção multicausal para compreensão do processo saúde-doença, consequentemente, a identificação das necessidades em saúde no território se relacionou à descrição dos aspectos sanitários, ao perfil de morbimortalidade e à utilização dos serviços de saúde.

Entre os municípios analisados, um deles, ainda que de forma incipiente, tentou se aproximar de características que podem servir de direcionadores para a identificação das vulnerabilidades sociais de grupos específicos. Porém, ainda demanda amadurecimento do ponto de vista teórico-metodológico, haja vista a pertinência de readequação dos PMS que proponham o aprofundamento da investigação das formas de produzir e reproduzir desses grupos com autonomia limitada para se posicionar em prol de melhores condições de vida. Desconsiderar a determinação social do processo saúde-doença implica dificuldade de identificação das necessidades em saúde dos grupos socialmente vulneráveis; impacto negativo sobre as práticas de gestão, que não se traduzem em equidade; e insatisfação ou satisfação parcial das necessidades em saúde da população.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2011.
- ARREAZA, A. L. V. Epidemiología crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1013, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/7TpSZ8>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43. Disponível em: <<https://goo.gl/JTnSpp>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília, DF: Conasems, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção I, p. 59. Disponível em: <<https://goo.gl/NUgt8Q>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 set. 2013b. Seção I, p. 60. Disponível em: <<https://goo.gl/ZCx0Xd>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Bogotá, DC, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/zeLnin>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015.
- BUENO, R.E. et al. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 34. N. 6, p. 416-421, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/BLLYHb>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S.; CAMPOS, M. A. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias de gênero e geração na episteme da práxis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 119-133, set. 2013. Número especial.
- GHOSH, A.; MCCARTHY, S.; HALCOMB, E. Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, London, v. 17, n. 26, p. 1-7, 2016.
- LANDMANN-SZWARCWALD, C.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 15, p. 174, nov. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/bBTcNG>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- MACINKO, J. et al. Gaps in primary care and health system performance in six Latin American and Caribbean countries. *Health Affairs*, Hollywood, v. 35, n. 8, p. 1513-1521, 2016.
- METZGER, M. H. et al. The use of regional platforms for managing electronic health records for the production of regional public health indicators in France. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, London, v. 12, n. 28, p. 1-14, 2012.
- MEYER, S. B. et al. Demographic indicators of trust in federal, state and local government:

implications for Australian health policy makers. *Australian Health Review*, Clayton South, v. 37, n. 1, p. 11-18, 2013.

OLIVEIRA, L. A. et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para

monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016.

SALIBA, N. A. et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. *BioScience Journal*, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/yaFjwm>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SPIEGEL, J. M.; BREILH, J.; YASSI, A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Globalization and Health*, Washington, DC, v. 11, n. 9, p. 1-17, 2015.

Contribuição dos autores

Nascimento projetou a pesquisa, parte da tese de doutorado, coletou e analisou os dados e preparou o relatório científico. Egry discutiu o design da pesquisa como conselheira, ajudou no ordenamento de dados e colaborou na discussão dos resultados.

Recebido: 23/01/2017

Reapresentado: 27/08/2017

Aprovado: 12/10/2017